

## ESTADO DE COLORADO

### Aviso Individual del Empleador para Permiso Familiar y Médico

**Instrucciones de la Agencia:** Complete este formulario por cada solicitud específica (hecha por un empleado elegible) que es, o posiblemente puede ser, un caso de permiso familiar/médico. Este aviso debe ser dado dentro de los 2 días laborales después de solicitar permiso (una semana si es una designación oral), a menos de que hayan circunstancias mitigantes. Una solicitud por separado debe ser entregada por cada condición individual.

Fecha:

A:

Numero del empleado:

De:

Los empleados elegibles pueden tomar hasta 520 horas en un año fiscal (prorratedo en casos de “part-time”) si el evento califica para permiso familiar/médico. Lo siguiente explica los derechos y las obligaciones bajo permiso familiar/médico. También explica las consecuencias si Ud. falta en cumplir sus obligaciones.

En \_\_\_\_\_ (fecha), supe de su necesidad de tomar permiso empezando en \_\_\_\_\_ (fecha) por razones de:

- el nacimiento o cuidado de su hijo, o arreglos para el cuidado adoptivo/putativo de un niño;
- condiciones serias de salud de su  esposo(a),  hijo(a), o  padre/madre.  Se requiere  no se requiere documentación probando su relación familiar; o
- su propia condición seria de salud.

1. **Designación.**  Ud. no es elegible hasta \_\_\_\_\_ (fecha).  El permiso solicitado no califica.  Ud. es elegible y el permiso solicitado sí califica para permiso familiar/médico y será sacado de su reción de permiso familiar/médico.  Ud. es elegible y el permiso solicitado califica condicionalmente para permiso familiar/médico, dependiendo en la provisión de información adicional.  Ud. es elegible y el permiso califica, pero Ud. ya ha usado las horas disponibles para este año fiscal.

Opcional: Permiso familiar/médico expirará en \_\_\_\_\_ (fecha).

2. **Certificación Médica.**  Se requiere  no se requiere que Ud. provea certificación médica. Si se requiere, Ud. tiene que proveer tal certificación, usando el formulario mandatario, entregándolo para \_\_\_\_\_ (fecha) (15 días desde la fecha de este aviso). El no proveer la certificación para esta fecha puede resultar en la demora o negación del permiso familiar/médico.

3. **Certificados Médicos Adicionales.**  Se requerirá  no se requerirá de Ud. certificados médicos adicionales relacionados a una condición seria de salud. El intervalo entre certificaciones es cada 30 días o el período en el certificado original, si es mas largo.

4. **Substitución de Permiso Pagado.** Se requiere que Ud. use su permiso pagado, con la excepción de tiempo compensatorio, durante el permiso familiar/médico antes de empezar el período de permiso sin pago. Permiso pagado incluye permiso de enfermedad acumulado permitido por las reglas y el permiso anual. Tiempo por otros permisos -- por ejemplo, permiso de incapacidad de corto plazo, días festivos, permisos para funerales, permiso sin pago, etc. -- será contado simultáneamente con horas de permiso familiar/médico a los cuales tiene Ud. derecho durante el año fiscal. Si su ausencia es debido a un accidente que está cubierto bajo “Workers Compensation” compensación en el trabajo y usted está cubierto por completo usando su tiempo acumulado, el período completo no contará hacia el período de permiso familiar/médico que es usted le corresponde.

Opcional: Balance de permiso desde \_\_\_\_\_ (fecha): De enfermedad \_\_\_\_\_ Anual

5. **Beneficios.**  Durante su permiso pagado, su cobertura de seguro continuará. Las primas continuarán siendo pagadas por medio de deducciones de nominales normales.

Ud. Ha elegido continuar cobertura de seguro durante su permiso no pagado. Nosotros pagaremos la porción de las primas que le corresponden al Estado y Ud. tendrá que pagar su porción de las primas con un cheque personal o giro, hecho a la orden de \_\_\_\_\_ por la cantidad de \$\_\_\_\_\_ (igual que la cantidad deducida de su pago). Su pago de primas debe ser recibido en la oficina de administración de nómina el 1º. día de cada mes. Esta prima cubrirá ese mismo mes. Si su pago del mes no es recibido dentro de los 30 días de su vencimiento, su cobertura podría ser cancelada y su pago será retroactivo hasta el último mes en que Ud. hizo su pago. En caso de que alguna prima no haya sido pagada cuando Ud. regrese, Ud. estará en la obligación a reembolsarnos el pago de las primas una vez que Ud. regrese al trabajo por un período no menos de 30 días. Si Ud. no regresa al trabajo después del permiso familiar/médico, todavía se requerirá reembolso a menos que Ud. tenga (1) la continuación, la repetición, o el inicio de una condición seria de salud, o (2) otras circunstancias fuera de su control. **Contacte a nuestro administrador de nómina de agencia o a su oficina lo más antes posible si Ud. tiene alguna pregunta o para corregir algún error. Asegúrese de mencionar que estuvo Ud. bajo permiso familiar / médico.**

Ud. ha elegido **no** continuar la cobertura durante su permiso no pagado., sujeto a los requerimientos de la Sección 125. Cualquier gasto médico ocurrido durante este período de tiempo será su responsabilidad. Su cobertura será restituida cuando Ud. regrese a trabajar bajo los mismos términos que Ud. tenía anteriormente de tomar permiso familiar / médico, sin un período de calificación, examen físico, condiciones pre-existentes, etc.

6. **Chequeo Periódico.** Mientras se encuentra Ud. en permiso,  se requiere  no se requiere que Ud. chequee con nosotros periódicamente, proveyendo información acerca de su estado, cualquier cambio de circunstancias, y el intento de volver al trabajo para que podamos asegurar de que Ud. reciba todos los beneficios que le corresponden. Explique el horario acordado mutuamente, incluyendo el intervalo entre chequeos:

7. **Certificado de Capacidad para Volver** (al trabajo).  Se requerirá  no se requerirá que Ud. presente un Certificado de Capacidad para Volver antes de regresar al trabajo. Yo supliré el formulario. Falta de proveer este certificado puede posponer su regreso hasta que sea recibido. Falta de regresar al trabajo al término del permiso puede resultar en su terminación hasta que le dure su permiso.

8. **Restauración de Derechos.** (a) Al volver al trabajo, Ud. será restaurado a su posición o a una equivalente, o sea el mismo título de clase, pago, beneficios, horario, localidad, y otros términos y otras condiciones, sujetos a la disposición de la Ley de Permiso Familiar y Médico de 1993.

(b) Mientras está Ud. en permiso no pagado, Ud. no tendrá el derecho de acumular cualquier tipo de permiso pagado, y su fecha de aniversario será adelantada un mes por cada 173 horas de permiso no pagado. Mientras está en permiso pagado, Ud. continuará acumulando permiso y su fecha de aniversario se mantendrá sin cambio. El permiso será acreditado y disponible para su uso cuando Ud. vuelve al trabajo en una forma regular.

Se me ha explicado este aviso y he recibido una copia. El hecho de proveer información falsa adrede, directamente o a través de otra persona, puede resultar en acción correctiva o disciplinaria.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**O**

El permiso ya ha empezado y este aviso fue mandado por correo (certificado, recibo pedido) en \_\_\_\_\_ (fecha) a la dirección del hogar del empleado así como aparece en la lista de records de nómina.

Firma Autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_